COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 13 JUILLET 2011

WOENSDAG 13 JULI 2011

Après-midi

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14.20 uur en voorgezeten door de heer Hans Bonte.
La séance est ouverte à 14.20 heures et présidée par M. Hans Bonte.

De **voorzitter**: Collega's, minister Onkelinx is verontschuldigd wegens ziekte. Zij heeft een afspraak gemaakt met de staatssecretaris om in haar plaats de vragen te beantwoorden.

01 **Question de M. Olivier Henry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'intégration sociale, sur "l'interdiction de fumer dans les lieux publics et plus particulièrement dans les bars à narguilés" (n° 5572)**

01 **Vraag van de heer Olivier Henry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het rookverbod in openbare plaatsen en in het bijzonder in shishabars" (nr. 5572)**

01.01 **Olivier Henry (PS)**: Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, le 1^{er} juillet de cette année, la totalité des cafés en Belgique ont banni la cigarette de leur enceinte. Et cela, pour préserver les non-fumeurs du risque de tabagisme passif. Cependant, fumer reste possible si les établissements possèdent un fumoir, c'est-à-dire un endroit clos et disposant d'un extracteur de fumée. Il n'est pas question pour moi de critiquer cette loi, bien au contraire, mais de bénéficier de quelques précisions. J'ai été sollicité dernièrement par une personne habituée à fréquenter des cafés où l'on fume le narguilé et qui s'interrogeait sur le devenir de ce type spécifique d'endroit.

Monsieur le secrétaire d'État, qu'en est-il des bars spécialisés dans le narguilé? Tombent-ils également sous le coup de la loi ou bénéficient-ils d'une éventuelle dérogation? En effet, j'ai entendu dire qu'il existait des produits pour narguilé composés de plantes et d'herbes qui ne contiendraient ni tabac, ni nicotine, ni goudron.

Si ces établissements utilisent ces produits vierges de tabac, sont-ils autorisés à continuer cette activité? Si non, quelle en est la raison? Est-ce dû au fait que la loi n'interdirait pas seulement le tabac mais également la fumée dans les lieux publics, notamment les bars et cafés?

01.02 **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Monsieur le président, monsieur Henry, je veux tout d'abord vous remercier pour cette question très spécifique. Je vous transmets la réponse de Mme Onkelinx qui est compétente pour cette matière.

Dans son arrêt n° 37/2011, la Cour constitutionnelle a estimé que les exceptions prévues dans la loi du 22 décembre 2009, instaurant une réglementation générale relative à l'interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public et à la protection des travailleurs contre la fumée et le tabac, étaient contraires aux articles 10, 11, 22 et 23 de la Constitution et à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme. En pratique, la Cour constitutionnelle a donc annulé les articles 2, 9°, 4, 5 et 11, § 2, 3°. Cette annulation implique que l'interdiction de fumer est d'application au 1^{er} juillet dans tous les lieux publics fermés sans plus aucune exception.

Par conséquent, il est également interdit de fumer dans les bars à narguilés. Comme dans les autres lieux publics, le propriétaire d'un tel lieu dispose de la possibilité d'installer un fumoir où l'utilisation de narguilés est autorisée. Pour rappel, il doit s'agir d'une pièce fermée dont la surface ne peut excéder plus de 25 % de la surface totale de l'établissement. Un système d'extraction de fumée doit y être installé et seuls les clients peuvent y emporter des boissons.

La loi du 22 décembre 2009 prévoit qu'il est interdit de fumer dans les lieux fermés accessibles au public, fumer étant défini comme "le fait de fumer du tabac, des produits à base de tabac ou des produits similaires."

Les produits pour narguilés à base de plantes et d'herbes ne contenant pas de tabac étant considérés comme des produits similaires, l'interdiction est également de mise pour ces produits, au même titre que pour les produits contenant du tabac.

01.03 Olivier Henry (PS): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie. Même si la question fait sourire, certaines communes, dont la mienne, sont concernées par cette problématique. Je pense donc qu'il était utile de préciser la législation.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

De **voorzitter:** Vraag nr. 5609 van mevrouw Van Cauter is op haar verzoek omgezet in een schriftelijke vraag.

02 Question de M. David Clarinval à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les résultats du concours Selor pour les kinés" (n° 5672)

02 Vraag van de heer David Clarinval aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de resultaten van het door Selor georganiseerde selectie-examen voor kinesitherapeuten" (nr. 5672)

02.01 David Clarinval (MR): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État représentant la ministre, conformément à la décision du Conseil des ministres du 16 juin 2011, les résultats du concours Selor pour les kinés ont été transmis. Tous les diplômés néerlandophones ainsi que les lauréats francophones de l'examen de sélection du 30 octobre 2010 obtiendront leur numéro INAMI définitif, pour autant qu'ils en fassent la demande.

Les kinésithérapeutes francophones qui n'auront pas été sélectionnés au concours du 30 octobre 2010 verront leur numéro INAMI provisoire prolongé jusqu'à la publication des résultats du concours 2011. Cette mesure exceptionnelle permettra à ces candidats, s'ils le souhaitent, de représenter le concours en 2011 et, s'ils sont sélectionnés, d'obtenir un numéro INAMI définitif.

Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous faire le point sur les résultats du concours?

Est-il possible de connaître la répartition statistique des résultats?

Par rapport au nombre total de candidats, combien ont échoué?

Dans le cas de figure où le seuil de réussite serait assez bas, quels éléments tirer de ce constat?

Si, *in fine*, certains kinés ne font pas la demande de leur numéro définitif, ces numéros sont-ils réattribués à ceux qui ont échoué?

02.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Monsieur le président, cher collègue, comme vous le rappelez dans votre question, l'épreuve organisée pour sélectionner les kinésithérapeutes qui auront accès à la nomenclature privée est un concours et non un examen. Le nombre est par conséquent fixé chaque année par arrêté royal.

Un premier arrêté a été pris en juillet 2008, élargissant les quotas fédéraux de 350 à 450 et établissant un système de compensation pour l'ensemble des numéros INAMI non utilisés au cours des années

précédentes. La répartition se fait par ailleurs selon une proportion 60/40 entre les néerlandophones et les francophones.

Un second arrêté a été pris en septembre 2009, élargissant le système de compensation en y incorporant tous les kinésithérapeutes réalisant moins de 500 actes par an.

Ce mécanisme de récupération des numéros INAMI non utilisés fournit un outil efficace permettant de suivre le phénomène d'abandon de la profession par les jeunes professionnels de santé.

En 2010, le quota francophone a ainsi été fixé à 293 alors que le nombre d'inscrits à l'examen était de 392. Il y a par conséquent 99 candidats qui ont présenté l'examen et qui n'ont pas été sélectionnés. Ils garderont toutefois le numéro INAMI provisoire qui leur a été attribué à la sortie de leurs études jusqu'à la parution des résultats de l'examen de 2011, ce qui permettra à ces candidats d'éventuellement représenter l'examen afin d'obtenir un numéro INAMI définitif. Le quota de 2011 incorporera par conséquent également les kinés ayant été sélectionnés ces dernières années, mais ayant effectué moins de 500 actes par an.

Telle est la réponse de Mme Onkelinx. Le document écrit est à votre disposition avec tous les chiffres.

02.03 David Clarinval (MR): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie. Je récupère votre note afin d'en faire l'analyse détaillée.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het voorstel van de Luikse huisartsen tot wijziging van de wachtdienst" (nr. 5680)

03 Question de Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la proposition de modification du service de garde des généralistes liégeois" (n° 5680)

03.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mijnheer de staatssecretaris, enige tijd geleden lieten de Luikse huisartsen van zich horen, toen zij besloten de wachtdienst stop te zetten. Zo'n vaart liep het uiteindelijk niet, maar onlangs lanceerden zij een nieuw voorstel om hun wachtdienst aan te passen. Zij willen een centraal oproepnummer, waarbij de spoeddienst van het Luikse Universitair Ziekenhuis de oproepen beantwoordt en meteen oordeelt over de dringendheid ervan.

Indien een oproep als zeer dringend wordt ingeschat, rukt de MUG uit. In minder dringende gevallen zal de telefonist eerst proberen de patiënt te overtuigen zelf naar een wacht- of spoeddienst te gaan. Indien dat niet mogelijk is, zal de centrale voorstellen de patiënt te doen ophalen door een transportdienst. Pas wanneer de patiënt echt aandringt, zal een arts ter plaatse gaan. Als uitsmijter stelt hun voorstel dat de zorgcontinuïteit niet per se door een huisarts moet worden geboden. Ook een urgentiearts kan die continuïteit perfect verzekeren.

Dit voorstel werd in een nota gegoten, die werd ondertekend door drie vertegenwoordigers van de Luikse huisartsenkringen, en zowaar door een dokter van de Luikse provinciale raad van de Orde.

Sta mij toe ernstige kanttekeningen te maken bij dit nieuwe voorstel. In het antwoord van de minister op mijn vraag over het vorige voorstel van de Luikse huisartsen stelde zij: "Op dit moment is elke huisarts, en naast hem elke huisartsenkring, verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg in zijn zone." Het is duidelijk dat het nieuwe voorstel daar lijnrecht tegenin gaat. De minister gaf ook mee dat huisartsenkringen die een uniek nummer installeren, aanspraak op subsidie kunnen maken.

Mijnheer de staatssecretaris, ik kom tot mijn vragen.

Hoe zal de minister ingrijpen bij huisartsenkringen die wel een subsidie ontvangen maar de wachtdienst amper zelf verzorgen?

Hoeveel nieuwe huisartsen hebben zich in de loop van de voorbije drie jaar gevestigd? Hoeveel artsen zijn gestopt?

Hoe zal de minister ervoor zorgen dat de huisartswachtdiensten wel degelijk door huisartsen wordt georganiseerd, zodat de geneeskundige zorg niet door de veel duurdere spoeddiensten moet worden uitgevoerd?

03.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Moer, ik dank u voor uw vraag. Ik zal het antwoord van minister Onkelinx voorlezen.

Het koninklijk besluit van 4 juni 2003, dat de voorwaarden vastlegt waaronder de verplichte ziekteverzekering een financiële tegemoetkoming geeft voor de werking van de erkende huisartsenkringen, moet worden toegepast. In dit verband kunt u ervan op aan dat mijn administratie heel nauwkeurig zal nagaan of aan de criteria, en met name aan artikel 4, wordt voldaan. Zij zal het RIZIV, dat de betaling doet, hierover inlichten.

Op dit ogenblik, en onder voorbehoud van het onderzoek van het dossier, is niet bewezen dat de door u vernoemde en bij de wachtdienst betrokken huisartsenkring de criteria met voeten treedt. Men moet weten dat andere kringen de wachtdienst anders organiseren, bijvoorbeeld in Brussel, waar men specifieke huisartsen met wachtdienst inzet.

Men moet dus niet bij voorbaat ieder lokaal initiatief veroordelen, voor zover het met de wetgeving strookt. In dit geval wacht ik op het rapport van het after hoursonderzoek dat bij het KCE loopt.

Ik heb nota genomen van het recente advies van de Federale Raad voor de Huisartsenkringen over de wachtdienst. De cijfers die u wenst te ontvangen over de huisartsen die uit het beroep zijn gestapt en over degenen die zich in de laatste drie jaar hebben gevestigd, vallen in het kader van een mondelinge vraag moeilijk op te maken. Mijn administratie moet immers de goedkeuring ontvangen van de sectorale privacycommissie om toegang te krijgen tot de geïndividualiseerde profielen van de artsen die in de provincie Luik zijn gevestigd.

Op basis van de gegevens van oktober 2008 die mijn administratie bij elke kringverantwoordelijke heeft verzameld en op basis van het Medegabestand van december 2010 kan men evenwel verduidelijken dat er in 2008 in de provincie Luik met uitzondering van Hoei, Ferrières en Hamoir waarvan wij geen gegevens hadden, 1 249 artsen in de huisartsenkringen waren ingeschreven. In 2010 waren dat er nog 1 216, opnieuw zonder rekening te houden met de gegevens van Hoei, Ferrières en Hamoir.

Het aantal nieuwe geneesheren die hun erkenning huisartsengeneeskunde ontvingen en een kabinet- of postadres in de provincie Luik hebben, bedraagt 17 in 2008, 27 in 2009 en 25 in 2010.

In verband met uw laatste vraag spreekt het vanzelf dat de oplossingen in de toekomst rekening zullen moeten houden met de realiteit op het terrein en met de noodzaak een kwaliteitsvolle eerstelijnswachtdienst te verzekeren die voor iedereen geografisch en financieel toegankelijk is. Vanuit die visie heb ik de laatste jaren de steun aan de huisartsenkringen, de vooruitgeschoven wachtposten en het proefproject van de centrale dispatching 1733 sterk opgevoerd. Als ik het rapport van het KCE heb ontvangen zal ik het ter advies aan de Federale Raad voor Huisartsenkringen voorleggen. Na overleg met alle actoren op het terrein zal ik naar pragmatische oplossingen streven.

Tot hier het antwoord van mevrouw Onkelinx.

03.03 **Reinilde Van Moer** (N-VA): Mijnheer de staatssecretaris, het maakt mij eigenlijk niet uit of het in Luik, Antwerpen, Brugge of Gent is. Het enige wat ik wel belangrijk vind, is dat huisartsen hun job doen zoals het zou moeten en zoals het door de gemeenschap wordt verwacht en verondersteld. De minister moet daarop toekijken.

Het gaat nu toevallig om Luik omdat het zo in de Artsenkrant stond. Ik vond het een heel eigenaardige gang van zaken, zeker omdat ik een paar weken geleden een soortgelijke vraag had gesteld. Het antwoord van de minister had mij toen wel tevredengesteld. Daarom wilde ik het nu opnieuw aan de kaak stellen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

04 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het 1733-proefproject" (nr. 5681)
- de heer Georges Gilkinet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de mogelijkheid om de huisartsenkring UOAD in te delen bij de 1733-centrale van Arlon" (nr. 5824)

04 **Questions jointes de**

- Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le projet pilote 1733" (n° 5681)
- M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la possibilité de rattacher le cercle UOAD au 1733 d'Arlon" (n° 5824)

04.01 **Reinilde Van Moer** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, die vraagt ligt ook wat in het verlengde van wat hier net werd aangekaart en wat ook in het antwoord werd gesteld.

Het proefproject-1733 ligt de laatste dagen nogal onder vuur. Het project strekt ertoe een centrale dispatching in te voeren voor de oproepen van de wachtdiensten van de huisartsen. Deze dispatching zou gebeuren door de 100-centrales. Het proefproject loopt in drie provincies en vormt een belangrijke optie om in de nabije toekomst de werking van de wachtdiensten te vergemakkelijken. De voordelen zouden zich volgens de beleidsnota kunnen situeren op het vlak van het verminderd aantal verplaatsingen voor de huisarts. Het overmatig gebruik van de wachtdienst zou ook teruggedrongen kunnen worden. Anderzijds zouden de meerkosten door het overdreven gebruik van ziekenwagens ingeperkt kunnen worden.

Toch neemt de kritiek op het project toe, recent nog vanuit de Federale Raad voor Huisartsenkringen. De kritiek ontstaat eerder door het gebrek aan communicatie dan door inhoudelijke tekortkomingen. Zo is het voor de raad onduidelijk of 1733 een keuze vormt of de verplichte wettelijke basis zal vormen van de wachtdiensten. Ook rijzen vragen bij het juridisch aspect van het hele project.

Hoe ver staat het nu met het proefproject-1733? Wat zijn de perspectieven voor de implementatie hiervan? Kan de minister duidelijk stellen of 1733 een dienst zal worden dan wel een recht of een verplichting? Dat is immers wat sommige mensen zich afvragen.

04.02 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, il semble que la création d'un numéro unique, le 1733, est une évolution qui mérite d'être saluée en ce qu'elle contribuera à améliorer tant la qualité de vie et de travail des médecins que la qualité des soins à apporter aux patients. Il reste à l'implémenter de façon idéale en tenant compte également des particularités locales et provinciales.

En 2010, le SPF Santé publique a sollicité l'Union des Omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant (UOAD) pour initier un projet pilote mettant en place en province de Luxembourg un numéro unique d'appel lors de la garde de médecine générale, le 1733, avec tri des appels suivant des protocoles spécifiques d'aide à la décision par des préposés à cet effet.

Les cercles de médecins généralistes de la province de Luxembourg et l'UOAD, dont certains secteurs de garde couvrent des localités de la province de Luxembourg, ont collaboré afin de mettre en place des protocoles de décision et définir les modalités d'utilisation du 1733. À présent, le cercle UOAD souhaite être rattaché au 1733 d'Arlon. En effet, il apparaît que le 1733 de la province de Namur ne sera pas prêt à brève échéance. Or, le tri des appels est un élément indispensable à la réussite des postes de garde de médecine générale. Dès lors, il importe que l'UOAD puisse bénéficier du 1733 à la même échéance que les cercles de la province de Luxembourg.

Monsieur le secrétaire d'État, est-il envisageable que l'UOAD soit rattachée au 1733 d'Arlon, afin que cette collaboration positive entre la province de Luxembourg et l'arrondissement de Namur puisse se poursuivre? Dans quel délai le 1733 d'Arlon sera-t-il prêt? Quel est le calendrier pour les autres provinces?

04.03 **Staatssecretaris Jean-Marc Delizée**: Mijnheer de voorzitter, ik dank de leden voor hun vragen. Er is natuurlijk een link tussen de vraag van mevrouw Van Moer en haar vorige vraag.

Het antwoord van mevrouw Onkelinx is het volgende. Ondanks een vertraging van de initiatieven door de lopende zaken verloopt het project-1733 op nationaal vlak heel goed.

Over het algemeen moet men in het project drie fasen onderscheiden. Fase 1: wanneer men het 1733-nummer belt, wordt men naar het nummer van het wachtdienststelsel van de betrokken gemeente doorgeschakeld. Dat kan een uniek nummer zijn, een wachtdienst, een individuele arts, enzovoort.

Fase 2: het 1733-nummer komt bij de 100-centrale terecht. De beambte van de 100 gebruikt de opgemaakte protocollen en raadt de patiënt het beste vervolg op diens oproep aan: naar een wachtdienst gaan, een traditioneel bezoek van de arts met wachtdienst ontvangen, dringende medische hulp zenden of de gewone consultatie-uren afwachten. Zonder wetswijziging moet de patiënt die raadgevingen niet volgen.

Fase 3 is gelijkaardig aan fase 2, maar na wetswijziging, waarbij de patiënt de richtlijnen van de beambte met betrekking tot het wachtdienststelsel moet naleven.

Door de lopende zaken kunnen wij in dit stadium alleen maar tot fase 2 gaan. Mijn administratie heeft onlangs een nationaal stuurcomité opgericht dat alle lopende proefprojecten heeft verzameld.

Het project in Luxemburg zou snel naar fase 3 willen overgaan, maar zijn leden zijn al blij als men tot fase 2 geraakt door op de discipline van de meeste patiënten te rekenen.

Het project in Brugge bevindt zich gedeeltelijk in fase 2 wanneer de wachtdienst dicht is en alleen maar voor een beperkt aantal wachtdienstsectoren, meer bepaald de stad Brugge.

De overeenkomst om bijkomende beampten aan te werven, komt op de Ministerraad van 13 juli. Zij zullen kunnen worden aangeworven.

Bijgevolg zal de HABO-kring voor heel zijn grondgebied kunnen overgaan naar fase 2, behalve in twee wachtdienstzones die een afwachtende houding aannemen. Het project in Brugge wacht nog op een informatisering van de ontvangen oproepgegevens voor het patiëntendossier.

Le projet Hainaut est en état 2 pour Mons, il le sera sous peu pour La Louvière, et très bientôt pour Charleroi. Le seul détail technique à finaliser est le transfert d'informations automatisées vers les cercles.

Un nouveau projet Ardennes hennuyères a été démarré pour le cercle AGRF dans la région de Chimay. Ce projet est, dès à présent, en état 1. Il étudiera ses modalités de dispatching jusqu'à la fin de l'année.

À terme, il est prévu que le 1733 soit remplacé par le numéro européen d'appel 116 117 que j'ai fait réserver à cette fin en Belgique

J'ai récemment adressé au ministre pour l'Entreprise et la Simplification un courrier dans lequel je demande qu'un débat soit organisé sur ce numéro et, plus particulièrement, sur sa gratuité et le service de localisation. Cependant, vous savez que légiférer sur cette nouvelle initiative dans le cadre des affaires courantes n'est pas possible. Elle devra donc être examinée par le prochain gouvernement.

Par ailleurs, l'extension de l'étude pilote à l'ensemble du pays ne pourra être envisagée que si les résultats de ladite étude sont positifs et que si les budgets indispensables au recrutement de préposés supplémentaires sont libérés par le prochain gouvernement.

Ik kan uw vraag over de verplichting van de kringen om de 1733 te gebruiken, op dit ogenblik niet beantwoorden. Er moet naar mijn mening immers een parlementair debat komen, niet over de 1733 op zich, maar over de verplichte verplaatsing, over de overdracht van de verantwoordelijkheid van de arts naar een beambte en over de overdracht van de keuzevrijheid van de patiënt naar diezelfde beambte.

Enfin, à la question plus spécifique de M. Gilkinet, Mme Onkelinx souhaitait apporter la réponse suivante.

Dans l'attente de l'extension du 1733 au centre 100 de Namur, il est effectivement prévu que le cercle de l'UOAD soit rattaché pour la gestion du 1733 au centre 100 d'Arlon.

La mise en œuvre du 1733 au centre 100 d'Arlon a pris du retard. Ce retard résulte de la négociation financière autour du recrutement de préposés complémentaires à un prix adéquat au centre 100 (112) d'Arlon. Une fois les préposés recrutés, il faudra les former avant que la régulation ne soit effective.

L'extension du 1733 à l'ensemble des centres 100 ne se fera que si les résultats de l'étude pilote sont positifs et si les budgets nécessaires à cette extension sont libérés, ce qui ne peut se faire dans un gouvernement en affaires courantes.

Voilà la réponse de Mme Onkelinx aux deux questions qui lui étaient posées.

04.04 Reinilde Van Moer (N-VA): Mijnheer de staatssecretaris, ik neem inderdaad aan dat die projecten geëvalueerd moeten worden voor men ze in het hele land gaat implementeren.

Wat uw laatste antwoord betreft, kijk ik wel uit naar het parlementaire debat dat naar ik vermoed na het reces zou kunnen plaatsvinden, want het zou wel eens een levendig debat kunnen worden.

04.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Merci, monsieur le secrétaire d'État. Votre réponse contient une nouvelle positive, à savoir l'accord de principe de la ministre à la poursuite de cette collaboration entre l'arrondissement de Dinant et la province de Luxembourg pour ce qui concerne les cercles de médecins généralistes. Ce qui est moins positif, c'est le retard pris dans l'implémentation de ce nouveau système à titre expérimental en province de Luxembourg. J'espère cependant que les choses avanceront. Enfin, il y a un défi qui se pose à nous, c'est la généralisation de ce système, qui exigera de dégager des moyens budgétaires, de continuer les discussions et de sortir des affaires courantes, ce qui demande, de la part de chaque parti, du courage et de la volonté.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

05 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la lutte contre les pseudo-nouveautés en matière pharmaceutique" (n° 5809)

05 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de strijd tegen de zogenaamd nieuwe farmaceutische specialiteiten" (nr. 5809)

05.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, des revues scientifiques comme la revue française *Prescrire* dénoncent régulièrement les pseudo-nouveautés mises sur le marché par certaines firmes pharmaceutiques, à des fins de marketing ou de prolongation de brevet (ce qui *de facto* retarde l'émergence de médicaments génériques), plutôt que dans une perspective de santé publique ou de limitation des dépenses en matière de sécurité sociale.

À titre d'exemple, on peut citer le Citalopram, prescrit dans des cas de dépression et de trouble panique, dont une pseudo-nouveauté est commercialisée en Belgique sous le nom de Sipralexa dont le coût, tant pour le patient (ticket modérateur) que pour l'INAMI, est double de celui du générique le plus cher pour la même molécule. Il s'agit d'un phénomène qui doit attirer l'attention des gestionnaires de notre système de soins.

Monsieur le secrétaire d'État, quelles sont les règles suivies par la commission des médicaments du ministère de la Santé publique pour reconnaître de nouveaux médicaments? Qu'en est-il de la reconnaissance de nouvelles spécialités qui ne diffèrent quasiment pas de spécialités déjà existantes? Sur quels arguments s'est-on basé pour accepter le remboursement du Sipralexa, alors que des médicaments génériques alternatifs existent? La reconnaissance de nouvelles spécialités a-t-elle déjà été refusée parce que celles-ci étaient trop proches de spécialités existantes? Quelle est la politique de la ministre en matière de lutte contre les pseudo-nouveautés en matière pharmaceutique?

05.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Cher collègue, je vous donnerai lecture de la réponse technique de Mme la ministre de la Santé publique à votre question.

La délivrance d'une autorisation sur le marché est basée sur l'analyse qualité et la balance bénéfique/toxicité d'un nouveau médicament. Le fait que la nouvelle spécialité ne présente pas d'avantages par rapport au produit existant n'entre pas en ligne de compte au niveau de l'enregistrement. Il n'est donc pas possible de refuser de nouvelles spécialités, même si elles semblent ne rien apporter par rapport à celles déjà commercialisées.

Par contre, lors de la demande d'accès au remboursement, en Commission de Remboursement des Médicaments, la valeur relative des nouvelles spécialités est très largement prise en compte et un prix en ligne avec les spécialités de valeur équivalente est demandé. Comme souvent, les firmes n'acceptent pas ce prix nettement plus bas que celui pratiqué.

Il arrive fréquemment que les firmes arrêtent la procédure en cours de route et la spécialité n'est pas acceptée au remboursement.

Le Sipralexa a fait état de données concernant sa sécurité, même si cette spécialité est une forme chimique propre au Cipramil. Cet avantage clinique, même s'il a été discuté longuement au sein de la Commission de Remboursement des Médicaments, a obtenu le bénéfice d'une classification en classe 1 par mon prédécesseur. De nombreux cliniciens sont d'ailleurs intervenus pour soutenir les avantages de cette formulation.

Voilà la réponse de Mme Onkelinx.

05.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie. Il me semble qu'il y a là un chantier important. Quand on est dans un contexte de moyens limités ou de déficit, comme c'est le cas pour la sécurité sociale, on doit être particulièrement vigilant quant à ce type de stratégie. Il y a la reconnaissance de nouveaux médicaments qui n'en sont pas, ce qui prolonge *de facto* le brevet et leur accès au remboursement et il y a aussi une pression sur le secteur médical via les politiques de marketing. Autant je suis favorable au financement de la recherche et du développement dans le secteur pharmaceutique, qui représente beaucoup d'emplois et qui est utile car il y a beaucoup de maladies pour lesquelles il nous manque des médicaments, autant je n'ai pas envie que cet argent serve à des démarches publicitaires.

Je prends acte de la réponse de Mme la ministre. Ce chantier mérite d'être poursuivi dans les conditions que nous connaissons.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 5740 de Mme Colette Burgeon est retirée.

06 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la nouvelle étude publiée par le *Canadian Medical Association Journal* sur le Champix" (n° 5741)

06 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de nieuwe studie over Champix die in het *Canadian Medical Association Journal* werd gepubliceerd" (nr. 5741)

06.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, le 23 février dernier, je vous interrogeais ici même sur le Champix, un médicament prescrit pour aider les fumeurs à arrêter la cigarette qui refaisait parler de lui, à la suite de plaintes en provenance des États-Unis. Mme la ministre me faisait alors remarquer que des mesures avaient été prises trois ans plus tôt, tant par l'Agence européenne des médicaments qu'au niveau national, afin de suivre le Champix.

Or, depuis quelques jours, la balance bénéfice/risque du Champix oscille à nouveau. En effet, dans une étude publiée dans la revue scientifique *Canadian Medical Association Journal* et effectuée sur 8 200 personnes ne présentant généralement pas de problèmes cardiaques, l'utilisation de la molécule varénicline – qui est le principe actif du Champix – est associée à un risque accru de 72 % d'hospitalisation pour accident cardio-vasculaire grave comme une attaque ou une arythmie cardiaque. L'effet est visible même chez des personnes en bonne santé, sans fragilité cardiaque.

Le laboratoire Pfizer conteste les résultats de cette étude, remettant en cause sa méthodologie, notamment "la façon dont les accidents cardiovasculaires ont été comptés et classés". Pfizer a souligné que le taux d'accidents cardiovasculaires décelé dans cette étude était de 1,06 % avec la varénicline contre 0,82 % avec un placebo.

Dans son communiqué, la firme précise qu'elle est en discussion avec la FDA (Food and Drug

Administration) aux États-Unis pour mener une méta-analyse des données cliniques dont elle dispose afin de réévaluer le risque cardiovasculaire associé à la varénicline. Une information quelque peu tronquée, puisqu'il semblerait que la FDA ait ordonné, le mois dernier, au laboratoire Pfizer de modifier la notice du Champix pour qu'il soit contre-indiqué aux patients souffrant de problèmes cardiaques, sur la base d'une étude clinique menée sur 700 fumeurs. La FDA a également contraint le laboratoire à mener des études cliniques croisées où seraient prescrits la varénicline et un placebo à des groupes de patients différents.

Ce produit fait, semble-t-il, l'objet d'un nouvel examen européen. Sur quelles bases scientifiques? Quand les résultats de cet examen seront-ils connus? À la lumière de l'étude publiée par le *Canadian Medical Association Journal*, n'y a-t-il pas lieu d'appliquer le principe de précaution et donc de suspendre la commercialisation de ce médicament?

En mai dernier, votre collègue français de la Santé, Xavier Bertrand, a annoncé que le Champix ne serait plus remboursé par l'assurance maladie. Envisagez-vous d'adopter une attitude identique et de revoir la procédure de remboursement du Champix?

06.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Monsieur le président, chère collègue, je vous donne lecture de la réponse de Mme la ministre de la Santé publique.

Ce nouvel examen européen sera effectué sur base des données de la nouvelle analyse publiée dans le *Canadian Medical Association Journal* qui suggère que le Champix pourrait être lié à un risque accru d'effets indésirables graves. Cette analyse et la réévaluation de la balance bénéfices/risques du Champix seront menées par le Committee for Medical Products for Human Use (CHMP), l'Agence européenne des médicaments et son groupe de travail de pharmacovigilance.

La date à laquelle les résultats de cette analyse seront disponibles n'a pas encore été communiquée par l'Agence européenne des médicaments.

À ce jour, la notice européenne de Champix mentionne déjà des troubles cardiovasculaires comme effets indésirables.

Sur base des données dont je dispose aujourd'hui, la balance bénéfices/risques du Champix reste favorable.

Si des instances européennes devaient prendre des mesures à l'issue de l'évaluation évoquée, je veillerai à leur mise en œuvre immédiate, en Belgique, par l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de santé qui est en charge de la pharmacovigilance en Belgique.

Comme c'était le cas précédemment, il importe, lors de la prescription d'un médicament visant à faciliter l'arrêt du tabagisme, de bien mettre en balance les avantages escomptés et les risques pour chaque patient.

Si les instances européennes devaient estimer que la balance bénéfices/risques du Champix change, je veillerai à ce que l'INAMI révise également les conditions de remboursement. Ceci ne changerait en rien mon point de vue sur le sevrage tabagique: il reste un but important dans le cadre de la santé publique.

06.03 Colette Burgeon (PS): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie de m'avoir communiqué la réponse de Mme Onkelinx.

Au regard de réponses à mes précédentes questions sur le sujet, rien ne semble bouger. J'espère néanmoins que, si un problème devait être identifié, notre attitude vis-à-vis de ce médicament serait plus sévère.

Puis-je vous demander de me communiquer les résultats de l'analyse dont question dès que vous serez en leur possession?

De toute façon, je reviendrai sur la question car le problème du Champix sera sans doute encore soulevé.

06.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame Burgeon, j'ai pris bonne note de votre demande.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'étude complémentaire sur les cancers de la thyroïde demandée au Centre fédéral d'expertise des soins de santé" (n° 5812)

07 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de aanvullende studie inzake de incidentie van schildklierkanker die aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg gevraagd werd" (nr. 5812)

07.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, ma question revient sur le lien éventuel entre des cancers de la thyroïde et la proximité d'installations nucléaires, en particulier celle de l'Institut des Radioéléments de Fleurus.

En 2010, suite à une étude, l'Institut de Santé Publique avait sorti des chiffres assez interpellants. Ils montraient que la fréquence moyenne des cancers thyroïdiens entre 2004 et 2008 était supérieure à la moyenne wallonne dans un rayon de 20 kilomètres autour de l'IRE. L'IRE n'est, selon la Fondation contre le Cancer, probablement pas le seul responsable de cette situation. En effet, des différences ont été constatées entre les Régions du pays, entre les hommes et femmes ou encore au sein d'une même zone. Toutefois, ces données posent de nombreuses questions auxquelles il est difficile de répondre au stade actuel.

Il nous a été rapporté qu'une étude complémentaire avait été demandée au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et que les premiers résultats de cette seconde étude devraient être disponibles vers la fin du mois de juin. Le rapport final de l'étude globale sur les atteintes thyroïdiennes en Belgique n'est attendu que pour fin 2011. J'avais déjà interrogé la ministre à ce sujet.

Monsieur le secrétaire d'État, confirmez-vous que cette étude complémentaire du KCE a bien été demandée? Avez-vous reçu les premiers résultats? Cette étude est-elle disponible?

Sur quelle période cette étude s'étale-t-elle? Les conséquences du dégagement dans l'atmosphère lors de l'accident du 22 août 2008 ont-elles été prises en compte?

07.02 **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Monsieur le président, chère collègue, Mme Onkelinx est souvent interrogée sur ce sujet. Elle a donc le sentiment de répéter les choses. Elle indique qu'il y a de nombreuses questions dans le *Bulletin des Questions et Réponses* depuis mars 2010. Elle fait référence à la question de Mme Gerkens du 20 avril 2010, à la question de M. Gilkinet du 19 septembre 2010, à la question de M. Thiébaud du 12 mai 2011, à la question de Mme Burgeon du 20 mai 2011, à la question de M. Gilkinet du 23 mai 2011.

Mme Onkelinx souhaite rappeler que l'étude complémentaire a bien été demandée. Cela a encore été confirmé en mars 2010 suite à différentes questions parlementaires. Cette étude est basée sur les données 2004 à 2008 de la Fondation Registre du Cancer. Mme Onkelinx a publié un communiqué de presse le 25 mars 2010 qui en reprend les premiers résultats. L'étude complète, reprenant le volet réalisé par le KCE, sera disponible début 2012 au plus tard.

07.03 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, je sais que beaucoup de questions ont été posées sur ce sujet préoccupant.

J'avais compris que plusieurs études épidémiologiques étaient en cours. Celle à laquelle vous faites référence, nous la connaissons: elle est plus générale et vise l'ensemble du territoire belge. Je me souviens très bien de la conférence de presse de la ministre.

Il doit exister une étude épidémiologique menée auprès des riverains de Fleurus. C'est celle-là qui aurait reçu un complément et devait être achevée pour fin juin. J'estime donc qu'en début juillet, je suis en droit de poser une nouvelle question à son sujet: cette étude est-elle disponible?

J'avoue ne pas bien comprendre. Ou j'ai mal compris ou il y a une confusion à propos de cette étude du KCE. Je vais réexaminer mes propres documents. Certaines informations de bonne source m'indiquent l'existence de plusieurs études épidémiologiques en cours, dont une prenait fin le mois passé.

07.04 **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Je ne peux être plus précis que la réponse lue. L'étude complète sera disponible au début 2012. Pour le reste, chacun vérifiera ce que vous venez de dire.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

08 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het incontinentieforfait voor niet-zorgbehoevende patiënten" (nr. 5833)**

08 **Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le forfait d'incontinence pour les patients non dépendants" (n° 5833)**

08.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, naar schatting lijden 700 000 Belgen rechtstreeks aan de gevolgen van incontinentie. Driemaal meer vrouwen dan mannen lijden aan deze aandoening en niet alleen op hoge leeftijd.

De oorzaken van incontinentie zijn divers, maar vaak speelt zwangerschap, het geboortegewicht van het kind en het aantal zwangerschappen een belangrijke rol in de ontwikkeling ervan.

Op incontinentie rust nog altijd een taboe, wat gepaard gaat met schaamte en onwetendheid. Recent onderzoek toont aan dat minder dan een derde van de mensen met incontinentie hulp zoekt.

Al jarenlang is er academische aandacht voor deze aandoening. Zo is er het tweejaarlijkse Global Forum on Incontinence waar onderzoekers, academici en praktijkmensen samenkomen om de balans op te maken van de strijd tegen incontinentie.

In Nederland maakte het regeerakkoord van 30 september 2010 van de heer Rutten er zelfs expliciet melding van.

De RIZIV-begroting in België voor 2011 voorziet in 13 miljoen euro om de kosten voor incontinentie, ten laste van de bewoners in ROB's en RVT's, te verminderen. Er wordt in 2,5 miljoen euro voorzien voor de niet-afhankelijke incontinentiepatiënten die nu geen recht hebben op het incontinentieforfait. Voor dit forfait bestaat reeds een koninklijk besluit.

Het nieuwe KB is een vervolg op het bestaande KB van 1998 dat reeds in een incontinentieforfait voorziet voor patiënten met een score van 3 of 4 op de Katzschaal voor het criterium incontinentie en waarvoor een tegemoetkoming van 449 euro wordt gegarandeerd. Het nieuwe incontinentieforfait viseert met name deze patiënten met een niet-behandelbare vorm van incontinentie die tot nu toe van het bestaande forfait werden uitgesloten omdat zij zich niet in de afhankelijkheidssituatie met score 3 of 4 op de Katzschaal bevinden. In die zin beoogt het nieuwe forfait een uitbreiding van het doelpubliek.

Het KB voorziet in een jaarlijkse tegemoetkoming die weliswaar lager is, 150 euro per jaar, dit op voorlegging van een attest en formulier van de arts waarbij de patiënt onbehandelbaar incontinent wordt verklaard, dus niet chirurgisch of medicamenteus behandelbaar. Het nieuwe forfait werd vorig jaar ook al met veel bravoure in de sector aangekondigd.

Waarom is dit KB nog niet in voege getreden, ook al zijn de kredieten bij het RIZIV reeds goedgekeurd en is het forfait al gecommuniceerd aan de sector? Wanneer zal het KB in voege treden?

Zal er ook een communicatiecampagne komen naar aanleiding van het in voege treden van het nieuwe forfait? Zal de sector inspraak krijgen in deze campagne?

08.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Block, ik zal u het antwoord van mevrouw Onkelinx voorlezen.

Het ontwerp van koninklijk besluit dat in een forfaitaire tegemoetkoming voorziet voor niet-zorgafhankelijke patiënten die aan een onbehandelbare vorm van incontinentie lijden, werd op 1 juli 2011 door de Ministerraad goedgekeurd. De beraadslaging in de Ministerraad was vereist in het kader van de omzendbrief over de begrotingsdiscipline. Het koninklijk besluit werd naar de Raad van State verzonden voor advies

binnen de dertig dagen. Het besluit zal op de tiende dag na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad in werking treden.

De communicatie omtrent deze nieuwe maatregel zal gebeuren via persberichten en via de website van het RIZIV. Daarnaast zullen de ziekenfondsen, patiëntenverenigingen en de beroepsvereniging voor zorgverleners hun leden de nodige informatie verstrekken zoals voor iedere nieuwe maatregel gebruikelijk is.

In het kader van het programma "Prioriteit aan de chronisch zieken" zal in samenwerking met de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie tevens een opleidingsprogramma voor e-learning over incontinentie worden georganiseerd door Domus Medica en de Société Scientifique de Médecine Générale. Dit programma wordt momenteel ontwikkeld en zal tegen het einde van het jaar operationeel zijn.

Vooraf zal er ook een campagne komen om dat opleidingsprogramma bij de artsen bekend te maken.

08.03 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor uw antwoord.

Ik denk dat het goed nieuws is. Ik hoop dat die informatie zo snel mogelijk bij de patiënten terechtkomt.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

09 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les plafonds tendus en PVC" (n° 5837)

09 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "pvc-spanplafonds" (nr. 5837)

09.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, il s'agit d'une question sur les plafonds tendus en PVC que j'ai déjà évoquée devant deux ministres, M. Magnette et Mme Milquet. Je m'adresse désormais à la ministre de la Santé dans les mêmes termes. À la fin du mois de juin, nous avons été alertés par le cas d'un poseur de plafonds en PVC. Ce sont des toiles souples utilisées pour tapisser les plafonds dans de nombreux lieux de vie, publics ou privés.

Sur la fiche technique de ce matériau, il est question de la présence de métaux lourds: cadmium, plomb, mercure ainsi que de chlorure de vinyle. Les métaux lourds ont pour fonction de stabiliser le matériau tandis que le chlorure de vinyle contient des phénols qui rendent la toile souple. Lors de la pose de ces plafonds, on les chauffe pour les assouplir. Il en résulte un dégagement de substances dangereuses: des COV (composés organiques volatils) et des métaux lourds.

Une analyse du Centre scientifique et technique de la Construction réalisée en novembre 2009 dans une habitation où se réalisait la pose de tels plafonds révélait une augmentation de la concentration en COV de près d'un facteur 10 par rapport à la normale. Le Centre en conclut qu'il est indispensable que les travailleurs se protègent pendant toute la durée des travaux au moyen de masques adaptés. Il recommande également que la pièce soit ventilée longuement après les travaux pour faire chuter la quantité de COV présents dans l'atmosphère.

Pour ce qui est des métaux lourds, il est assez difficile d'obtenir des informations précises. Leur diffusion pourrait intervenir pendant la pose ou après celle-ci lors de la dégradation du matériau et surtout lorsqu'il est soumis à des sources de chaleur.

Depuis ce cas d'un poseur de plafond ayant eu de graves problèmes de santé liés à cette exposition, des témoignages troublants nous arrivent: des personnes ayant fait poser de tels plafonds à proximité de sources de chaleur comme une évacuation de cheminée d'appareil de chauffage font état de problèmes de santé de type articulaire, parfois graves. Il y a plusieurs fois correspondance entre la présence d'une source de chaleur proche du plafond et des problèmes de santé chez des personnes qui se trouvent fréquemment dans ces pièces.

Mes questions étaient donc les suivantes.

Mme la ministre peut-elle activer une recherche pour examiner les types et niveaux de pollution provoqués

par ces plafonds tendus et les risques pour la santé des personnes qui vivent à proximité?

Ne serait-il pas opportun de saisir le Conseil supérieur de la Santé d'examiner ce cas et de rendre un avis?

Quelle voie doivent suivre les personnes qui suspectent ce lien entre leurs problèmes de santé et la pollution intérieure de leur maison? Comment peuvent-elles obtenir les analyses nécessaires tant médicales qu'environnementales?

09.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame Snoy, je vous remercie pour votre question.

La qualité de l'air intérieur est un des thèmes prioritaires du Plan national Environnement et Santé, plan élaboré conjointement par les différents niveaux de pouvoir en Belgique.

Un des projets du Plan vise à intégrer les critères de santé et environnement dans la rédaction des cahiers des charges de rénovation et de construction des crèches et écoles afin d'améliorer la condition de l'air de ces infrastructures. Ce projet vise notamment l'impact des matériaux de construction sur la santé des occupants. Ce type de produit, entre autres, y sera visé.

La mesure et l'analyse de polluants intérieurs dans les logements peuvent être réalisés par ce qu'on appelle les ambulances vertes qui recouvrent l'ensemble du territoire belge. Elles sont coordonnées au niveau régional en Flandre ainsi qu'à Bruxelles-Capitale et au niveau provincial en Wallonie.

Selon l'organisation, un diagnostic environnemental, le plus souvent gratuit, du logement du patient est réalisé sur demande de son médecin.

Quant aux analyses médicales, elles peuvent être réalisées par les laboratoires d'analyse biologique sur prescription du médecin et suivant les modalités de remboursement de la nomenclature existante.

Plutôt que d'interpeller le Conseil supérieur de la Santé, Mme Onkelinx vous propose d'attirer l'attention des partenaires de la Cellule nationale Santé-Environnement sur cette problématique; ceux-ci pourront ainsi relayer cette préoccupation auprès des diverses ambulances vertes.

09.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Merci. Si je comprends bien, la ministre va se charger d'interpeller les responsables de la cellule en question.

J'ai déjà été en contact avec la Cellule wallonne Santé-Environnement et avec les ambulances vertes ou les SAMI, comme on les appelle en Wallonie, mais ce n'est pas évident. Il faudrait élaborer un nouveau protocole d'analyse pour mesurer les métaux lourds et les chlorures de vinyle.

Le parcours est parsemé d'obstacles et je pense que le soutien de la ministre sera très précieux car en tant que parlementaire, je suis en difficulté pour obtenir des résultats.

Je suis heureuse de savoir qu'elle va alerter la cellule interrégionale.

09.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Elle se propose effectivement de le faire. Je le confirme.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

De **voorzitter**: Mijnheer Schiltz, ik geef u het woord voor de laatste vraag in deze commissie voor het parlementaire reces.

10 Vraag van de heer Willem-Frederik Schiltz aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de uitvoering van de Europese leghennenrichtlijn" (nr. 5736)

10 Question de M. Willem-Frederik Schiltz à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la mise en oeuvre de la directive européenne relative à la protection des poules pondeuses" (n° 5736)

10.01 Willem-Frederik Schiltz (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, de

Europese leghennenrichtlijn van 1999 verbiedt het gebruik van de klassieke batterijkooien. Vanaf 1 januari 2012 zullen deze oude batterijen verboden zijn. De richtlijn stelt een aantal minimumnormen vast voor de bescherming van de legkippen, de minimumformaten en dergelijke meer teneinde de levensomstandigheden van deze dieren toch wat te verbeteren.

Sinds januari 2003 is het bouwen of het in gebruik nemen van niet-aangepaste kooien eveneens verboden. Er wordt geopteerd voor alternatieve systemen zoals verrijkte kooien.

Tot 45 % van de leghennenbedrijven in Europa beantwoordt echter nog steeds niet aan de Europese richtlijn. Dus ondanks het feit dat de richtlijn dateert van 1999 en er sinds 2003 geen nieuwe bij mogen komen, blijkt vandaag, 2011, nog 45 % niet in orde te zijn. De kans is met andere woorden zeer groot dat de deadline van 1 januari 2012 niet gehaald zal worden.

De situatie in België is niet veel beter. Tot 40 % van onze leghennenbedrijven heeft nog geen aanpassingen doorgevoerd aan het huisvestingssysteem van de leghennen. Verschillende redenen kunnen hiervoor worden aangehaald, zoals de grote investeringen die nodig zijn om deze aanpassingen door te voeren en ook het verkrijgen van de noodzakelijke milieu- en bouwvergunningen.

Zal er in een uitloopregeling voorzien worden, zodat de dieren die nog in productie zijn tot het einde van hun legronde kunnen gehouden worden?

Zullen er vanaf 1 januari 2012, zijnde het verstrijken van de deadline van de Europese richtlijn, boetes worden gegeven aan de bedrijven die nog niet voldoen aan de nieuwe regelgeving?

Zo ja, in welke grootteorde moeten wij die boetes dan verwachten?

Zullen er tegemoetkomingen zijn voor de bedrijven die nog steeds wachten op de goedkeuring van bouw- en/of milieuvergunningen in het kader van de ombouw naar de nieuwe regelgeving?

10.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Schiltz, ik zal het antwoord van mevrouw Onkelinx voorlezen. Omdat een vrij groot deel van de inrichtingen waar men legkippen kweekt de deadline van 1 januari 2012 voor het verbod op conventionele batterijkooien niet zal halen, wordt tot 1 juli 2012 voorzien in een gedoogperiode voor bedrijven die bezig zijn met de omschakeling en voor bedrijven die aangegeven hebben voor die datum te zullen stoppen.

Aangezien een legcyclus gemiddeld iets meer dan 1 jaar duurt, betekent dit dat legkippen die nu nog zouden worden opgezet, de cyclus niet zouden kunnen uitdoen.

Ik herinner u eraan dat er al een overgangperiode van 13 jaar geldt, aangezien de Europese richtlijn, die het verbod op conventionele batterijkooien aankondigt, van 1999 dateert. Een nog langere gedoogperiode zou bovendien van weinig respect getuigen ten opzichte van de pluimveehouders die de moeite en de investeringen gedaan hebben om zich met de geldende wetgeving in orde te stellen en die, ter herinnering, een verbetering van het dierenwelzijn vormt waarop men al lang aan het wachten was.

Het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen zal in september onder de pluimveehouders een bioveiligheidsenquête houden. Tijdens dat onderzoek zal het ook het huidige huisvestingssysteem en de intenties van de legkippenkwekers evalueren. Op basis van de antwoorden zal men een risicoanalyse uitvoeren. Men zal na 1 januari 2012 in eerste instantie die bedrijven bezoeken die niet binnen de termijn hebben geantwoord of die hebben verklaard dat zij geen initiatieven naar omschakeling hebben genomen.

Indien het bedrijf tijdens de controle niet kan aantonen dat het stappen naar omschakeling heeft ondernomen of dat het vóór 1 juli 2012 zal stoppen, zal dit bedrijf een pv krijgen. De hoogte van de daaropvolgende boete zal afhangen van de ernst en omvang van de vastgestelde overtredingen, en zal worden voorgesteld door de commissaris van administratieve boetes en van het FAVV, of door het parket.

Vanaf 1 juli 2012 zullen alle inrichtingen, waar men legkippen in kooien kweekt, een bezoek krijgen. Zoals reeds gezegd, zal men bij de controle rekening houden met de stappen die pluimveehouders al dan niet genomen hebben om het klassieke kooisysteem te verlaten. Men zal dus rekening houden met vertragingen door lopende aanvragen voor bouw- of milieuvergunningen.

Tot zover, mijnheer Schiltz, het antwoord van mevrouw Onkelinx.

10.03 Willem-Frederik Schiltz (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, u verwijst terecht naar de lange overgangperiode. Gelet op de grootteorde van de investeringen die nodig zijn, denk ik dat net daarom in zo'n lange periode was voorzien.

Ik vind het zeer belangrijk dat u dit nuanceert en een onderscheid maakt tussen bedrijven die hun goede wil tonen en inspanningen doen, maar die een zekere vertraging oplopen doordat de overheid de nodige vergunningen moet afleveren. Ik meen dat de sector met uw antwoord een zeer goede stimulans krijgt om werk te maken van de aangegane engagementen. Onrechtvaardige behandeling wordt hierdoor vermeden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.21 uur.

La réunion publique de commission est levée à 15.21 heures.